

*Giulia Di Francesco, Sonia Di Profio, Domenico A. Nesci,  
Tommaso A. Poliseno.*

**Dinamiche inconse nei caregivers di malati oncologici:  
riflessioni su un caso in psicoterapia istituzionale.**

**Introduzione**

La morte è parte integrante dell'esistenza di ciascun individuo, e con essa anche la separazione dalle persone a noi più significative. L'inizio e la fine, così come la nascita e la morte, sono punti estremi di una stessa realtà spazio-temporale.

Tuttavia, in un'epoca in cui l'ideale dominante è quello di prolungare la propria giovinezza e la propria vita in una condizione il più possibile di piacere e di benessere, la morte è fonte di orrore perché non appare più provvista di alcun senso o di significati che non siano negativi (Urbain, 2005). Se la morte è un fatto biologico, i suoi effetti psicosociali sono un fatto culturale. Ogni essere umano prende consapevolezza della morte quando questa realtà viene significata culturalmente e riconosciuta nel proprio mondo interno.

Quando il lutto comporta un coinvolgimento affettivo, come avviene per la morte di un genitore, di un figlio o del coniuge, la dimensione della perdita si sente più vicina e nella cultura del mondo contemporaneo diventa un fatto traumatico, un evento stressante. Quando si perde una persona a noi cara e il lutto viene elaborato fisiologicamente si prende coscienza della morte come fase conclusiva di un ciclo vitale. Quando il lutto viene invece negato, non parlare della morte equivale ad eluderne l'esistenza, a rinnegarla. Avere la possibilità di parlarne significa "potersi permettere di farlo", essere in grado di fare il lavoro di elaborazione del lutto, e cioè di favorire la mentalizzazione della sofferenza per la perdita della persona cara. Ma questo sembra sempre più difficile nel nostro contesto culturale.

Nel caso della malattia oncologica la morte è spesso "una morte annunciata", in particolare quando viene fatta la diagnosi di "stato terminale" e viene prescritto l'ingresso del paziente in un *hospice* per le cure palliative.

Nell'esperienza di tirocinio come specializzanda della Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale (S.I.P.S.I.) in un *hospice*, una di noi ha potuto rendersi conto degli effetti patogeni della diagnosi di stato terminale di una donna affetta da neoplasia cerebrale sul *caregiver*. In questo caso la paziente era una donna di circa 50 anni (Daniela) ed il *caregiver* era suo marito. L'ingresso nell'*hospice* era un evento che sanciva la rottura di ogni equilibrio precedente, sconvolgendo i ruoli abituali e cambiando il rapporto più profondo e intimo dei due membri della coppia. La paziente, da persona indipendente e autonoma, era ormai diventata dipendente e bisognosa di cure, mentre il partner "sano" doveva necessariamente farsi carico di una funzione trainante e diventare il punto di riferimento della coppia. In questo caso la malattia oncologica, con il suo progressivo aggravamento, aveva fatto regredire la coppia a fasi di sviluppo "primarie" riproducendo modalità relazionali simbiotiche (Williams, 2003) ed il marito aveva delle grandi difficoltà ad adattarsi adeguatamente alla nuova situazione.

### **I meccanismi di difesa dell'Io di fronte all'angoscia di morte: stati borderline transitori ed area illusionale.**

Diversi Autori (Kubler-Ross, 1969; Nesci e Poliseno, 1997) che nel loro percorso professionale si sono trovati a lavorare in situazioni ad alto rischio di morte hanno evidenziato in chi è malato, nei suoi familiari e negli operatori sanitari, l'attivazione di meccanismi di difesa (Freud, 1894; Anna Freud, 1937) rispetto alla situazione da affrontare, piuttosto che la propensione a considerare il rischio di morte come la possibilità di un cambiamento evolutivo positivo.

Nei casi in cui ci si trova ad affrontare l'imminente perdita del proprio oggetto d'amore i meccanismi di difesa inconsci messi in atto sono un modo per sfuggire da sensazioni insopportabilmente dolorose, un tentativo estremo di attenuare la fatica di vivere in uno stato di angosciosa attesa di una morte annunciata. Ma, a volte, l'uso massivo di meccanismi di difesa diventa un rimedio peggiore del male (il riconoscimento della dolorosa realtà dello stato terminale).

Freud descrive questo assetto difensivo come "disconoscimento", differenziandolo dalla "negazione" e dalla "rimozione", dove il soggetto preferisce non ricordare, vale a dire, censurare le rappresentazioni mentali che potrebbero consentirgli un corretto "esame di realtà" che è però intollerabile perché troppo doloroso (Freud, 1938). Nel disconoscimento si ha una scissione dell'Io, e quindi una dinamica che procede dall'universo della nevrosi verso quello della psicosi.

In questa prospettiva, la difesa più radicale dall'idea della morte è la psicosi. Searles (1985) sottolinea come la ricerca dell'illusione dell'immortalità sia una costante nelle produzioni psicotiche perché permette di non affrontare il doloroso dato di realtà che la vita, per sua natura, è legata alla morte. Nella prospettiva della nostra Scuola, già una diagnosi di cancro attiverebbe una configurazione psicodinamica particolare, per cui sia il malato che i suoi familiari (e/o i *caregivers*) verrebbero indotti ad attraversare una sorta di "psicosi sottosoglia" (Nesci, 2001) o di "stati borderline transitori" (Nesci e Coll. 2009) per difendersi dall'angoscia della malattia, delle terapie, delle trasformazioni del corpo, del rischio di morte. I pazienti potrebbero così vivere dei momenti di distacco da una realtà altrimenti insostenibile, e compiere degli *acting out* irrazionali (ed a volte violenti) con rifiuto momentaneo delle terapie, comportamenti incongrui, gesti di rabbia ed aggressività verso l'*équipe* curante ed i familiari stessi. Il versante positivo di questi stati negativi, potrebbe essere rappresentato invece dalla contemporanea (o successiva) attivazione nel paziente dell'"area illusionale" (Zapparoli 1997), uno spazio mentale ed emotivo nel quale è possibile attingere a fantasie che permettono di continuare ad elaborare aspetti vitali e costruttivi dell'esistenza, anche in situazioni di fine vita. Zapparoli parla di "area illusionale" - evidentemente ispirandosi alle teorizzazioni di Winnicott sui fenomeni transizionali e sull'illusione (Winnicott 1951) - come ciò che permette al morente di evitare l'impatto diretto con l'idea della morte, triangolandolo, diremmo noi, in modo da risignificarlo sul registro dei fenomeni transizionali (dall'innamoramento all'arte ed alla religione).

Per un fenomeno transferale si potrebbe allora ipotizzare che tale scenario coinvolga allo stesso modo anche il *caregiver* (e gli operatori sanitari) che si prendono cura del malato fino alla fine, e che il verificarsi di gesti che rivelano uno stato borderline transitorio (o l'ingresso nell'area illusionale) siano inevitabili là dove esistono già da prima una struttura di personalità fragile e delle relazioni simbiotiche che rendono molto difficile il processo "normale" di elaborazione del lutto (Freud 1937; Fornari 1988).

## **Il setting istituzionale**

La nostra Scuola di psicoterapia si caratterizza per l'apertura internazionale e l'attenzione al *setting* istituzionale. Questo comporta due fatti per noi fondamentali:

1. la disponibilità a lavorare sempre in *équipe*, con gli altri operatori presenti nell'istituzione o con cui si ha una "familiarità", integrando così posizioni teorico-cliniche diverse (seguendo il principio-guida fondamentale che non si può lavorare in Psico-Oncologia da soli);

2. l'attenzione a tutto quello che rientra nella costruzione del *setting* dell'incontro tra paziente e terapeuta, senza alcuna preclusione preconcepita (ad esempio lo studio delle dinamiche dell'incontro quando questo, come spesso avviene nelle istituzioni sanitarie, si svolge in luoghi non classici – corridoi, cucine, ascensori, ecc. – e con modalità inconsuete – telefonate, sms, comunicazioni tramite internet, ecc. - ) e con una particolare cura ad osservare e preliminarmente della psicoterapia (dall'invio ai primi appuntamenti) ed il ruolo svolto dagli “oggetti inanimati” del *setting* (Akhtar, 2003).

In questo lavoro faremo quindi riferimento in modo preciso ad alcuni elementi del *setting*, cercando comunque di semplificare questo aspetto complesso riducendolo a due tipi di *setting* che definiremo A e B, dove A si riferisce ad un incontro concordato da paziente e terapeuta con un tempo ed un luogo predefinito all'interno degli spazi istituzionali tradizionali, mentre B si riferisce ad incontri non programmati e/o al di fuori dei consueti tempi e spazi istituzionali.

Questa attenzione al *setting* ci consentirà, alla fine, di fare alcune considerazioni che altrimenti si sarebbero potute “perdere” nell'osservazione dell'esperienza e quindi nel nostro discorso.

Diamo ora la parola ad una di noi (Giulia Di Francesco) che racconterà in prima persona la sua vicenda nel supporto psico-oncologico al *caregiver* della paziente cui abbiamo già fatto riferimento: il marito di una malata terminale affetta da tumore cerebrale.

### **Una lettura psicodinamica: il caso di Gianni.**

*La vicenda clinica di Gianni ha richiesto nel corso della sua evoluzione l'uso di diversi setting, tra cui supervisioni individuali, discussioni informali tra colleghi, ed una supervisione in gruppo nella Scuola. La collaborazione tra le diverse figure professionali e il supporto ricevuto grazie alle varie competenze professionali e alla possibilità di condividere un'esperienza, mi hanno dato la possibilità di regolare periodicamente i miei interventi sintonizzandomi con i vissuti del paziente/caregiver che mi sono trovata a seguire in una psicoterapia istituzionale non certo semplice, almeno per me, ma proprio per questo coinvolgente ed importante per la mia crescita professionale.*

*Gianni è il marito di una paziente oncologica che chiamerò Daniela. Mi viene segnalato dalla psicologa strutturata dell'hospice come un uomo con dei comportamenti un po' “strani” e “bizzarri”. Durante il primo giorno di ricovero Gianni aveva portato con sé una chitarra elettrica ed aveva suonato per la moglie nella stanza di degenza. Questo episodio aveva profondamente scosso l'équipe*

*di lavoro nonché i malati ricoverati e le rispettive famiglie delle stanze di degenza adiacenti. Pertanto il primario aveva deciso che Gianni doveva essere seguito da una psicologa nell'hospice, come paziente, con regolarità. Durante il primo colloquio (setting di tipo A), concordato su appuntamento, mi racconta che lui e la moglie sono arrivati in hospice dopo un lungo ricovero presso una clinica privata. Daniela ha una diagnosi di tumore celebrale aggravato dall'insorgenza di un enfisema polmonare che ha comportato un quadro di insufficienza respiratoria. Gianni mi racconta tutto l'iter medico dall'anno 2009. Lui, oggi impiegato amministrativo presso un ente pubblico, in passato era un musicista. Dopo vari tentativi falliti di fare carriera nel settore, apre un negozio di vendita e riparazione di strumenti musicali che dopo pochi anni è costretto a chiudere per via della forte pressione fiscale. Così, per mantenere la famiglia, Gianni ripiega su di un lavoro da lui stesso definito "da impiegato statale" continuando però le riparazioni di chitarre e pianoforti nel tempo libero. Il colloquio prosegue per circa 45 minuti e riguarda solo ed esclusivamente la passione di Gianni per la musica.*

*Durante i nostri successivi sei colloqui (in un setting di tipo A) Gianni si presenta sempre sorridente, quasi euforico. I colloqui durano in media più di un ora (non riesco a contenerlo nei limiti della seduta) dove lui parla sempre e solo di sé stesso spaziando da argomenti che riguardano la sua carriera mancata da musicista, il suo talento sciupato, la gioia di avere trasmesso la passione al figlio (la moglie era contraria), le voci italiane più belle, quelle americane... al jazz. Poi parla molto delle sue doti culinarie e del suo modo perfetto di mantenere in ordine la casa. Io quasi mai ho modo di intervenire nei suoi monologhi, pertanto mi limito all'ascolto registrando però un mio imponente controtransfert di noia e fastidio. Trovo il bisogno di difendermi da questo mio controtransfert negativo (che probabilmente ripete quello degli operatori e degli altri ricoverati e caregivers che si erano lamentati del suo modo "strano e bizzarro" di suonare la chitarra elettrica nell'hospice al momento del ricovero della moglie) confrontandomi con una Collega che si occupa di Psico-Oncologia. Riflettiamo insieme sul pensiero di Zapparoli relativo all'area illusionale e sulla possibilità che Gianni attraverso la musica, potesse "abitare" uno spazio mentale ed emotivo nel quale fosse possibile, nonostante l'approssimarsi della fine, attingere a fantasie che permettessero di continuare ad elaborare aspetti vitali e costruttivi dell'esistenza. Il suo continuo parlare di musica era un modo per difendersi dall'angoscia di morte.*

### **Primo colloquio in un setting di tipo B**

*Nel nostro settimo colloquio (il primo a svolgersi in un setting di tipo B) Gianni mi chiede esplicitamente di rimanere in cucina (l'hospice ha una sala da pranzo con cucina comune per tutti i pazienti e familiari che occupano le stanze di degenza). Gli stati maniacali dei colloqui precedenti sembrano rientrati e Gianni appare triste. Mi racconta di Daniela che prima di ammalarsi era impiegata come segretaria in uno studio privato e faceva lavoretti domestici in casa di una signora. La descrive come una donna vitale, piena di energia, una grande lavoratrice ed una moglie dolcissima bensì dal carattere deciso e forte. Nel 2009 ha il primo episodio di malessere, un mancamento al ginocchio e una rovinosa caduta. Il medico di famiglia le consiglia una TAC cerebrale da cui risulta la presenza di tre processi occupanti spazio tra il cervello e il cervelletto. Inizia il primo ciclo di chemio. Il tumore sembra in un primo momento regredire ma, successivamente, è refrattario alla terapia. Il peggioramento avviene tra il 2011 e il 2012 quando Daniela affronta una lunghissima degenza che dall'azienda sanitaria pubblica la porterà ad una clinica privata dove insorge un'enfisema polmonare ed una crisi respiratoria che comporterà un trasferimento nel reparto di rianimazione. Gianni mi descrive quel reparto come un limbo tra la vita e la morte dove i pazienti sono "abbandonati a se stessi". Così, dopo aver sentito il parere di un'oncologa della stessa clinica, arriva in hospice (dal racconto si conferma che Gianni non aveva capito che il trasferimento in hospice era dovuto invece alla terminalità dello stato di Daniela). I toni si rialzano di nuovo quando Gianni mi parla del figlio, che oggi ha circa 30 anni. E' un padre molto orgoglioso e fiero di questo figlio che ha deciso di seguire le sue "orme": si è laureato al conservatorio e fa serate in giro nei locali (anche se non riesce a guadagnare con questa attività). Successivamente mi dice di essere molto preoccupato per la sorella perché il marito l'ha lasciata dopo tanti anni di matrimonio abbandonandola, con due figli piccoli, per una donna più giovane e avvenente. La sorella di Gianni, non riuscendo ad uscire da questa relazione finita, soffre e non mangia, pesa 45 kg, per cui lui dice di essere molto preoccupato che si ammali di anoressia.*

*Gli faccio notare la mia perplessità legata al fatto che lui si preoccupi tanto della situazione della sorella e tenti in tutti i modi di darle coraggio e forza morale (forse in maniera asfissiante perché mi dice che la sorella spesso non gli risponde più al telefono) quando la sua situazione è di gran lunga peggiore. A questa mia affermazione risponde raccontandomi tutta la procedura di costruzione e accordatura della chitarra. Io non capisco il senso di questo suo discorso, né mi rendo conto che*

*possa essere una sua reazione al mio intervento, così diverso dal mio consueto ascolto silenzioso dei colloqui precedenti.*

*Capisco solo che comincia a reagire emotivamente alla gravità della sua situazione (l'umore depresso) ma in realtà senza rendersene conto per cui attribuisce il suo calo di euforia ad altre cause (ad esempio la preoccupazione per la sorella) non essendo in grado di riconoscere pienamente lo stato terminale della moglie e la precarietà della situazione del figlio, cose che invece io gli ho segnalato implicitamente con il mio intervento.*

*Fissiamo un appuntamento per la volta successiva ma Gianni non si presenterà. Per un mese evita ogni contatto con me e rifiuta di venire nella mia stanza. Si limita al saluto quando mi vede in giro per le visite. Rifletto sull'eventualità che il mio intervento possa stato inappropriato, nel modo e/o nel momento in cui lo avevo fatto, forse, non a caso, proprio perché mi trovavo in un setting di tipo B e quindi non ero stata in grado di "contenermi" o di calibrare meglio le tonalità del mio discorso.*

*Solo molto tempo dopo, grazie ad una supervisione in gruppo a Scuola ed al suggerimento del Dr. Polisenò - che il discorso sull'accordatura degli strumenti era un modo con cui il paziente tentava di comunicare al terapeuta di essere regredito ad un livello psicotico (difese maniacali) e quindi di dover ricominciare dal principio, dalla costruzione di un apparato mentale (lo strumento musicale) e dalla sua accordatura (la capacità di sentire insieme all'altro) per ripercorrere i primi passaggi evolutivi della fase simbiotica dello sviluppo (Mahler, 1968; Ferro, 19) - avrei cominciato finalmente a capire quello che era ormai già successo e su cui solo dopo molto tempo potevo finalmente cominciare a riflettere (successivamente alla morte di Daniela ed agli altri avvenimenti che ora ripercorrerò).*

### **Un mese dopo (secondo incontro in un setting di tipo B)**

*Gianni mi aspetta nel parcheggio dell'hospice al di fuori del mio orario di servizio. Gli dico di aspettare che io mi metta il camice e che firmi l'entrata (evidentemente preoccupata, a livello inconscio, di trovarmi di nuovo in un setting di tipo B), ma poi lo tranquillizzo sul fatto che appena avrei avuto un momento avremmo parlato.*

*Ci incontriamo in cucina dove iniziamo il colloquio (di nuovo in un setting di tipo B). E' molto euforico, mi dice che la moglie continua a migliorare e che è tornata in lui la speranza di riportarla a casa sulla sedia a rotelle (in questo mese c'è stato invece un peggioramento del quadro clinico generale e Daniela versa in uno stato vegetativo). Mi parla della sua preoccupazione che Daniela non*

*parla ma mi dice che nella vita tutto è possibile e forse domani lei si sveglierà e parlerà di nuovo. Mi dice che percepisce il suo modo di comunicare con il tatto. Ad ogni mia domanda incentrata su un piano di realtà devia prontamente le risposte parlando delle chitarre e della musica (discorsi di cui all'epoca non comprendevo assolutamente i significati metaforici perché ancora non avevo portato il caso in supervisione a Scuola). Si fa grande il mio timore che Gianni si possa scompensare o possa chiudere i rapporti con me, come aveva già fatto il mese precedente, così non intervengo e assecondo i suoi discorsi sulla musica e sulle sue passioni. Verso la fine del colloquio mi racconta di essere molto arrabbiato con suo cognato, il fratello di Daniela, che è in pensione ed a cui lui chiede di essere presente per la sorella, così da poter dare anche a lui il cambio per un paio d'ore, e di non capire come mai il cognato gli neghi la sua presenza dicendogli di essere troppo impegnato con i nipoti. Io gli dico allora che questa richiesta potrebbe farla al il figlio, che ormai è adulto (ed io so che viene solo di rado a trovare la madre) e Gianni mi risponde: "be' anche lui è un altro cretino!" Poi, pentito di ciò che ha detto, sostiene che il figlio non regge emotivamente la situazione e la vista della madre così profondamente trasformata perché è un ragazzo molto sensibile. Dopo un paio di minuti il silenzio viene rotto da una frase: " Giulia, la vita è dura... soprattutto quando ti ritrovi solo".*

*In quel momento il colloquio viene interrotto da un imprevisto; vengo chiamata dal primario per un'urgenza per cui sono costretta a salutare Gianni rimandandolo alla settimana successiva.*

*Sarà di nuovo solo tempo dopo, nella supervisione di gruppo, a Scuola, che il Dr. Poliseno farà notare che quando il paziente parlava a me del figlio, ad un livello più profondo stava invece parlando di se stesso come di qualcuno che non è capace di sostenere l'angoscia della situazione della moglie/madre, ormai ridotta in uno stato vegetativo.*

*Nel nostro colloquio successivo (di nuovo in un setting di tipo A) Gianni è preoccupato per la situazione della sorella. Ascolto tutta la sua narrazione della storia d'amore tra l'ex marito della sorella e la sorella fino ai giorni del tradimento e della separazione. Solo alla fine del racconto (e del colloquio) emerge una rabbia immensa nei confronti del cognato (il fratello di Daniela) poco presente e collaborativo in una situazione così difficile da gestire.*

*La settimana successiva mi trovo in sala d'attesa a prendere un caffè. Gianni arriva con il suo solito giornale di chitarre e strumenti musicali, mi saluta, si avvicina e mi chiede come sto. Noto che rispetto all'ultima volta è vestito in maniera carina, indossa una camicia celeste, si è fatto la barba e profuma di colonia. Lo invito a sedersi e gli chiedo se vuole un caffè. Lui rifiuta il caffè e anche di sedersi.*

*Rimane in piedi davanti a me con un sorriso un po' spento; l'entusiasmo dei primi colloqui sembra sparito. Io rimango seduta; poco dopo mi dice come mai sono venuta di venerdì visto che i miei giorni sono il lunedì e il mercoledì. Gli rispondo che sono venuta perché ho una visita domiciliare e sto aspettando l'altra psicologa che mi deve accompagnare, poi aggiungo che sono dispiaciuta del fatto che l'altra volta eravamo stati interrotti bruscamente mentre stavamo ancora parlando. A quel punto lui si siede. Gli chiedo come sta la moglie. Mi risponde che Daniela è stabile. Continua a parlarmi di lei raccontandomi le cose che fa quotidianamente: le fa fare la ginnastica alle gambe, le fa i massaggi alle braccia, le pulisce la piccola piaga da decubito che ha sul gomito, le parla, e le fa sentire la musica. Mi racconta di aver avuto una discussione per telefono con il cognato che in seguito alle sue richieste gli ha detto di pagare una badante. Poi mi dice di aver fatto amicizia con i vicini di stanza. Gli dico di aver notato le loro conversazioni in corridoio (di questo ero stata avvisata dalla caposala, molto allarmata). A quel punto afferma: "si ci vado spesso perché loro hanno bisogno di aiuto, di una parola di conforto" (sono madre e figlia che perdono rispettivamente il loro marito/padre) così porgo a lui una domanda: "ma tu cosa dici a loro per confortarli?" e Lui esclama: "Ba', niente di che! Li sprono ad avere il coraggio di non arrendersi". Dopo pochi secondi di silenzio Gianni mi dice che ci si deve fare coraggio in questo momento della vita, perché questo è il posto dove si vive l'ultima fase, poi dopo sicuramente si sta meglio perché non si soffre più e quando si è "dall'altro lato" torna la serenità. Prosegue con occhi lucidi dicendomi che la vita è dura. A quel punto mi sento di rimandargli che le esperienze della vita sono dure e a volte ci sembrano insormontabili, e non solo ha ragione ma ha tutto il mio appoggio perché il dolore non si supera ma si può viverlo e uscirne trasformati in qualche modo. Gianni mi sorride e mi confida che non ha voglia di tornare a lavorare, non ha voglia di curare la casa e che certe volte vorrebbe anche sbattere il figlio fuori casa quando discutono per cose futili. Mi dice che per la prima volta non gli va di fare nulla e ne soffre perché nella vita è sempre stato un uomo molto impegnato e attivo. Alla fine del colloquio gli rimando che probabilmente c'è un tempo per non fare nulla ed è questo. Il colloquio si chiude con un appuntamento alla settimana successiva.*

*Sempre a Scuola, nella supervisione di gruppo dopo che tutta la vicenda si era ormai conclusa, sarà il Dr. Nesci a rassicurarmi ed elogiarmi per essere riuscita, contenendo l'angoscia del paziente sia nel setting di tipo A che in quello di tipo B, a non allontanarlo. Per il Dr. Nesci, le prime sedute (nel setting A) si erano svolte con il paziente in "stato borderline transitorio" e non solo in difesa*

*maniacale; un'ipotesi che spiegherebbe meglio la reazione negativa, di rifiuto verso Gianni, da parte del personale, dei ricoverati e dei loro familiari nell'hospice.*

*Nelle prime sedute si erano comunque individuati meccanismi di difesa di tipo psicotico per poi passare progressivamente ad un funzionamento mentale normale col passaggio (nel primo colloquio setting B) dalle difese maniacali alla tristezza, individuata come emozione adeguata alla situazione .*

### **La storia familiare di Gianni**

*La settimana successiva Gianni mi telefona sul fisso dell'hospice per spostare il nostro appuntamento nel pomeriggio in quanto aveva deciso di rientrare al lavoro. Gli confermo l'appuntamento per lo stesso giorno spostando il mio turno al pomeriggio. Mi accoglie sulla porta della mia stanza (setting A) mi saluta con slancio affettivo e comincia a parlarmi delle condizioni della moglie. E' preoccupato della sua assenza nella mattina ma sa che in hospice Daniela è seguita bene. Poi mi domanda se qualche volta mi siedo affianco a lei e le parlo.*

*Gianni racconta del tempo che passa in fretta dando inizio ad una lunga narrazione sulla sua famiglia d'origine e sulla sua infanzia.*

*Unico figlio maschio, 2 sorelle più grandi. La madre e il padre si sposano molto giovani. Il padre, da lui definito cattivo, alcolista e violento, rientrava la sera tardi e con qualsiasi pretesto se la prendeva con i figli e la moglie. Era un padre distante, sia con lui che con le sorelle. Mi racconta di alcuni episodi in cui tornava per cena e non voleva che i figli mangiassero con lui né dormissero nella stessa casa (era una casa di campagna) così li spediva nel fienile dove lui e le sorelle spesso passavano la notte (non riesco a risalire all'età che aveva, i racconti sono confusi ed alcuni dettagli non li ricorda proprio). La sorella più grande si sposa giovane e si trasferisce al Nord, si ammala di cancro al seno e tutt'ora combatte contro la malattia. La sorella più piccola si sposa con un ragazzo del posto, hanno tre figli. Qualche anno dopo la nascita del terzogenito il marito la lascia per un'altra donna più giovane. Oggi soffre di anoressia non avendo mai accettato la separazione dal marito. Quando Gianni ha 20 anni conosce Daniela, un amore "a prima vista". Dopo pochi anni di fidanzamento si sposano e vivono al primo piano della casa paterna di Gianni. Un giorno, dopo l'ennesima discussione con il padre sulla sua salute fisica (il padre si ammala di fegato ma continua a bere), Gianni esce di casa con Daniela e rientrando non trova più i mobili in casa. Va dalla madre a chiedere spiegazioni e lei gli dice che il padre aveva deciso che se volevano rimanere a vivere in quella casa si dovevano comprare*

*i mobili con i loro risparmi. La stessa sera Gianni e Daniela vanno via chiudendo da quel giorno tutti i rapporti con il padre e con la madre. Il padre non conoscerà mai nemmeno il nipote che oggi ha circa 30 anni. Dopo qualche anno da questo episodio il padre di Gianni decide di separarsi dalla moglie e abbandona il tetto coniugale. Solo a quel punto Gianni deciderà di recuperare i rapporti con la madre. Il padre muore nel 2002 anni dopo una lunga degenza in ospedale dove Gianni non andrà mai. Solo il giorno del decesso accetta di vestirlo insieme alla sorella più piccola.*

### **Il colloquio nella stanza di degenza**

*Nel nostro incontro successivo (setting B) Gianni mi chiede di spostarci nella stanza di degenza della moglie. Mi accoglie salutandomi con trasporto ma, dandomi in modo inconsueto del “Lei”, mi dice: “si accomodi!”. Quel giorno io dimentico le chiavi della stanza medica dove ho il camice e l'unico medico di turno è impegnato nelle domiciliari. Il colloquio avviene in maniera del tutto informale. Parliamo di Daniela, del suo essere stabile, della loro vita coniugale precedente alla malattia. Il fare le cose insieme, l'essere coppia, pensare per due e improvvisamente rimanere solo. Gianni è profondamente solo sia per non aver avuto vicino nessuno fisicamente ma anche psicologicamente. Nemmeno con il figlio riesce a comunicare apertamente (forse non lo ha mai fatto). E' seduto di fronte a me (siamo su due poltroncine) ogni tanto si alza, accarezza la moglie e gli dice: “Daniela guarda c'è Giulia, è venuta a trovarti...”*

*Il colloquio prende una piega di emozione quando parliamo della vita dopo la morte, del dolore, dei ricordi che porterà dentro di lui, di ciò che non avrà più ma di quello che potrà avere ancora. Si commuove, mi commuovo. Ci diamo appuntamento alla settimana successiva. In quel giorno decido di fare solo il colloquio con lui, ma dopo 3 giorni dal nostro incontro Daniela muore. E' venerdì. Io non sono stata avvisata quindi non sono presente in obitorio. Solo il lunedì successivo (giorno dell'appuntamento) arrivando in hospice vengo a sapere del decesso e sono avvertita che Gianni non verrà all'appuntamento. Mi viene riferito che mi ha cercato più volte.*

*Dopo circa 20 giorni Gianni mi manda un sms scrivendomi di essere riuscito a reperire il mio numero (lo chiede qualche giorno prima alla psicologa strutturata che l'aveva affidato da me) e si dice dispiaciuto del fatto che non ci siamo incontrati più.*

*Dopo quasi 4 mesi Gianni passa in hospice per un saluto. Mi sembra sereno. Mi dice che sta bene ed è tranquillo. Racconta di aver ripreso in mano la sua vita e le sue passioni; ha ripreso a costruire*

*chitarre. Poi aggiunge che ha un dialogo più aperto con il figlio dopo una discussione sulla malattia e sulla morte della madre. Dopo il confronto le cose sembra siano cambiate in meglio. Sente di aver fatto tutto ciò che poteva fare fino all'ultimo, per questo non nutre sensi di colpa né rimpianti. Gli dico che mi dispiace non esserci stata quel giorno e che so che mi ha cercato. Mi sorride e mi dice che non fa nulla perché in fondo si sentiva preparato a quel momento.*

### **Riflessioni successive**

Nella supervisione in gruppo, a Scuola, sono state messe in luce alcune situazioni che rendono conto della difficoltà della situazione in cui si è trovata la specializzanda/tirocinante nel ruolo di psicoterapeuta per mandato istituzionale. Se infatti, da un lato, Gianni era stato etichettato come "strano e bizzarro" dall'altro era stato affidato ad una psicologa, non a uno psichiatra. Un atteggiamento spesso messo in atto dalle istituzioni ma che sembra anche rispondere alla consapevolezza che il caregiver anche se manifesta dei comportamenti "strani e bizzarri" non per questo è psicotico o psicopatico ma potrebbe semplicemente attraversare degli "stati borderline transitori" (non conosciuti come tali dagli operatori sanitari ma riconosciuti di fatto, nella loro pratica clinica nata dall'esperienza diretta con i pazienti in hospice).

Alla psicologa era stato demandato il compito "magico" (siamo nel registro dell'impotenza/onnipotenza rispetto all'angoscia di morte) di evitare che Gianni compisse di nuovo acting out socialmente disturbanti. Di fronte all'angoscia di morte si può avere, in modo transitorio, il distacco dalla realtà, la psicotizzazione, se la depressione del lutto è impensabile perché emotivamente insostenibile.

Il problema di questi stati borderline transitori è che non sono riconosciuti e trattati psicofarmacologicamente in modo corretto, con antipsicotici atipici a bassissimo dosaggio (Nesci, 2001; Nesci e Coll., 2009) e quindi sono frequenti gli acting out sia nei pazienti che nei caregivers.

Secondo Polisenò i farmaci non tolgono i pensieri psicotici ma riducono l'angoscia di livello psicotico, e quindi consentono all'apparato mentale di riprendere il suo funzionamento normale.

Si inserisce qui il discorso sulla musica del paziente. Ed è qui che si rende possibile il viraggio verso fenomeni dell'area transizionale (teorizzata da Winnicott e ripresa da Zapparoli come "area illusionale") che nella nostra vicenda clinica si declina come passaggio al setting di tipo B (metaforicamente "senza camice" ed in uno spazio empatico "senza limiti" dove ci si può "innamorare" della musica o della terapia svolti gratuitamente).

Nel gioco del transfert e del controtransfert potremmo dire che il paziente si è "innamorato" della terapeuta per uscire dal vicolo cieco della rabbia e della depressione, e che la terapeuta non ha portato a Scuola, subito, in supervisione il caso difficile perché inconsciamente timorosa di aver commesso degli "errori" per il fatto di aver "agitato" il suo controtransfert (l'intervento "dissonante" nel primo incontro in un setting di tipo B). Di fatto, invece, il semplice ricorso alla variazione di setting (da quello di tipo A a quello di tipo B) aveva invece reso possibile una maggiore spontaneità, una messa in scena delle dinamiche inconsce in gioco, l'espressione degli affatto spostata nella relazione paziente/terapeuta piuttosto che nell'ambiente circostante. Da qui l'abbandono, da parte del paziente, della difesa maniacale (di livello psicotico) e l'ingresso in una depressione più adeguata alla realtà ed ai compiti dell'elaborazione normale del lutto.

Questo passaggio è reso possibile dalla capacità della terapeuta di sintonizzarsi con il registro dell'area illusionale del *caregiver*: quando Gianni ha capito che per comunicare con la sua terapeuta doveva passare dal discorso sulla musica al riconoscimento della sue emozioni e della realtà che stava vivendo, ecco che gli è stato possibile (non essendo psicotico) iniziare a riconoscere la realtà dello stato terminale di Daniela e chiedere alla psicologa di ritornare là dove la vicenda era iniziata: nella stanza di degenza dell'*hospice* dove la moglie era ricoverata per vivere i suoi ultimi giorni e morire con dignità, assistita dalle cure palliative.

In questo senso è interessante sottolineare che il fattore terapeutico fondamentale sembra essere stato l'elasticità della terapeuta, la sua capacità di cambiare *setting* a seconda di come cambiavano le difese del paziente, sintonizzandosi con la tonalità emotiva della scena clinica, la sua capacità di triangolare la relazione simbiotica con il *caregiver*/paziente nel setting istituzionale.

## **Bibliografia**

Akhtar S., *Things: Developmental, Psychopathological, and Technical Aspects of Inanimate Objects*, Canadian Journal of Psychoanalysis, 2003.

Ferro A., *Fattori di malattia, fattori di guarigione. Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.

- Ferro A., Da una psicoanalisi dei contenuti e delle memorie a una psicoanalisi per gli apparati per sognare, sentire, pensare: transfert, transfer, trasferimenti. In: *Rivista di psicoanalisi*, 52, 2; 401-478, 2006.
- Ferro A. *Tecnica e creatività. Il lavoro analitico*. Cortina, Milano, 2006.
- Fornari F. *Psicoanalisi della guerra*, 3a ed, Collana: Universale economica, 608, Feltrinelli, Milano, 1988.
- Freud A., *The Ego and the Mechanisms of Defense*, London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1937.
- Freud S., *Le neuropsicosi da difesa: abbozzo di una teoria psicologica dell'isteria acquisita, di molte fobie e ossessioni e di certe psicosi allucinatorie*. In "Opere" vol. I, , Boringhieri, Torino, 1894.
- Freud S., *Lutto e melanconia (in Metapsicologia), Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte, Caducità*, in "Opere", vol. VIII, Boringhieri, Torino 1976.
- Freud S., *La scissione dell'Io nel processo di difesa*. In "Opere" Vol. XI, , Boringhieri Torino, 1938.
- Mahler M. S., *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International Universities Press, 1968.
- Nesci D.A., *Subliminal Psychotic States of the Mind*, special lesson, Dpt of Psychiatry, Cedars Sinai-UCLA Medical Centre, Beverly Hills, 2001, *unpublished paper*.
- Nesci D.A., Polisenio T.A., Salvatore G., Squillacioti M., Linardos M., Barra A., *Stati Borderline Transitori nei pazienti oncologici: dall'esperienza clinica con un antipsicotico atipico (Levosulpiride) al disegno di un possibile protocollo di ricerca*. In P. Bria, D.A. Nesci, R. Pasnau (Eds) *La Psichiatria di Consultazione e Collegamento: teoria, clinica, ricerca, formazione*. Alpes Edizioni, Roma, 2009, pp. 151-166.
- Nesci D. A., Polisenio T. A., *Metamorfosi e Cancro (Studi di Psico-Oncologia)*, Società Editrice Universo, Roma, 1997.
- Kubler-Ross E. *La morte e il morire*. Cittadella Editrice, Assisi, 1976.
- Urbain J. D., *L'Archipel des morts*, Paris, Payot, 1998.
- Williams P., *Incorporazione di un oggetto invasivo*, relazione presso il Centro Milanese di Psicoanalisi, Cesare Musatti, tenuta il 17/10/2003 a Milano.
- Winnicott D.W., *Transitional objects and transitional phenomena*, in *Collected Papers*. London, Tavistock, 1951, pp 229–242.

Zapparoli G.C., Segre E. A., *Vivere e morire. Un modello di intervento con i malati terminali.*  
Feltrinelli Editore, Milano, 1997.